

Особенности современного течения хронического гепатита С

Н. А. Терешкин¹В. В. Макашова²Ж. Б. Понежева³ ✉Х. Г. Омарова⁴¹ Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва, Россия, nteryoshkin@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0002-3541-4150>² Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва, Россия, veramakashova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0982-3527>³ Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва, Россия, doktorim@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6539-4878>⁴ Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва, Россия, omarova71@inbox.ru, <http://orcid.org/0000-0002-9682-2230>

Резюме

Введение. Около 71 млн человек во всем мире инфицированы вирусом гепатита С, при этом после острого периода часто формируется хронический гепатит С, клинические проявления которого варьируют от субклинических и бессимптомных случаев, а также неспецифических проявлений — от нарушения функций печени — до манифестации гепатита с внепеченочными проявлениями. **Цель работы.** Представить современную клинко-лабораторную характеристику течения хронического гепатита С у наблюдавшихся в амбулаторных и стационарных условиях.

Материалы и методы. Представлены клинические и лабораторные данные 77 пациентов, которые находились под наблюдением с 2021 по 2024 гг. Собраны жалобы и анамнез, проведен осмотр, изучены истории болезни. Пациентам выполнено комплексное лабораторно-инструментальное обследование, а также фиброэластометрия. Также в работу включено 100 условно здоровых участников.

Результаты. 44 человека наблюдались в амбулаторных условиях (57,1%) и 33 пациента (42,9%) проходили стационарное лечение. Среди амбулаторных больных с одинаковой частотой встречались мужчины и женщины, а среди стационарных пациентов преобладали мужчины — 72,7% ($p = 0,044$). Медиана возраста составила 44 [37; 54] года. По возрасту амбулаторные и стационарные больные статистически значимо не отличались. У 72,0% участников определяли умеренную вирусную нагрузку, у 48,6% — 1-й генотип вируса гепатита С. Сопутствующие болезни были выявлены у 27,3% ($n = 12$) амбулаторных и 93,9% ($n = 31$) стационарных пациентов ($p < 0,001$).

У амбулаторных больных статистически достоверно чаще отсутствовали жалобы ($p < 0,001$), а у стационарных статистически значимо с большей частотой регистрировались астенический, диспепсический и абдоминальный болевой синдромы. Больше половины стационарных пациентов имели нормальные показатели аланинаминотрансферазы, а у амбулаторных больных наблюдалось умеренное повышение ее активности ($p = 0,055$). У амбулаторных больных чаще фиксировалось умеренное повышение гамма-глутамилтрансферазы, а у стационарных ее значения были нормальными ($p = 0,461$). Как среди амбулаторных, так и среди стационарных больных преобладали пациенты с нормальными показателями общего билирубина ($p = 0,004$). Параметры коагулограммы у тех и других статистически не отличались от референсных значений. Показатели клинического анализа крови были в норме во всех группах. По результатам фиброэластометрии фиброз стадии F0-F1 регистрировали у 71,0% всех пациентов. Распределение амбулаторных и стационарных пациентов по стадиям фиброза печени не отличалось. **Заключение.** Амбулаторные пациенты в половине случаев не предъявляют жалоб, а у стационарных чаще выявляется различная сопутствующая патология, которая может маскировать клиническую картину гепатита и влиять на лабораторные показатели. У амбулаторных больных чаще выявляется умеренное повышение печеночных ферментов, а у стационарных эти показатели находятся в пределах нормальных значений. Показатели коагулограммы и клинического анализа крови практически не меняются как у амбулаторных, так и у стационарных пациентов. Однако у последних отклонения в клиническом анализе крови могут отражать сопутствующие болезни. На современном этапе большинство пациентов либо не имеют фиброза, либо он носит слабовыраженный характер.

Ключевые слова: хронический гепатит С, вирус гепатита С, клинические проявления, лабораторные показатели, фиброз

Для цитирования: Терешкин Н. А., Макашова В. В., Понежева Ж. Б., Омарова Х. Г. Особенности современного течения хронического гепатита С. Лечащий Врач. 2026; 1 (29): 81-87. <https://doi.org/10.51793/OS.2026.29.1.012>

Конфликт интересов. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Modern features of the clinical course of chronic hepatitis C

Nikita A. Tereshkin¹

Vera V. Makashova²

Zhanna B. Ponezheva³ ✉

Khadizhat G. Omarova⁴

¹ Central Research Institute of Epidemiology, Moscow, Russia, nteryoshkin@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0002-3541-4150>

² Central Research Institute of Epidemiology, Moscow, Russia, veramakashova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0982-3527>

³ Central Research Institute of Epidemiology, Moscow, Russia, doktorim@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6539-4878>

⁴ Central Research Institute of Epidemiology, Moscow, Russia, omarova71@inbox.ru, <http://orcid.org/0000-0002-9682-2230>

Abstract

Background. About 71 million people worldwide are infected with hepatitis C virus, and chronic hepatitis C often forms after the acute period, with clinical manifestations ranging from subclinical and asymptomatic cases, as well as nonspecific manifestations of liver dysfunction to manifestation of hepatitis with extrahepatic manifestations.

Objective. To present a modern clinical and laboratory characterization of the course of chronic hepatitis C in the persons observed in outpatient and inpatient conditions.

Materials and methods. Clinical and laboratory data of 77 patients who were under observation from 2021 to 2024 are presented. Complaints and anamnesis were collected, examination was performed, and medical histories were studied. The patients underwent a comprehensive laboratory and instrumental examination, as well as fibroelastometry. Also 100 conditionally healthy individuals were included.

Results. 44 individuals were observed in outpatient conditions (57.1%) and 33 patients (42.9%) underwent inpatient treatment. Among outpatients, males and females occurred with equal frequency; among inpatients, males predominated with 72.7% ($p = 0.044$). The median age was 44 [37; 54] years. Outpatients and inpatients did not differ statistically significantly by age. A moderate viral load was determined in 72.0% of individuals. Hepatitis C virus genotype 1 was determined in 48.6% of individuals. Viral load and genotype distribution in the patient groups were not statistically significant. Associated diseases were identified in 27.3% ($n = 12$) of outpatients and 93.9% ($n = 31$) of inpatients ($p < 0.001$). Among outpatients, patients were statistically significantly more likely to have no complaints ($p < 0.001$). Asthenic, dyspeptic, and abdominal pain syndromes were reported with statistically significantly higher frequency in patients seen as inpatients. Among inpatients, more than half of the individuals had normal ALT values, and among outpatients - moderate elevation of ALT activity ($p = 0.055$). In outpatients, moderate elevation of GGT was determined more often, while inpatients had normal values ($p = 0.461$). Both among outpatients and inpatients the persons with normal values of total bilirubin prevailed ($p = 0.004$). Coagulogram parameters in outpatients and inpatients did not statistically differ from reference values. Indicators of clinical blood analysis were within normal values in all groups. According to the results of fibroelastometry, fibrosis of F0-F1 stage was registered in 71.0% of all patients. The distribution of outpatients and inpatients by fibrosis stages was not statistically significant.

Conclusion. Outpatients have no complaints in half of cases. Inpatients more often have various concomitant pathologies that can mask the clinical picture of hepatitis and affect laboratory parameters. In outpatients, a moderate increase in liver enzymes is more often detected, and in inpatients these indicators are within normal values. Indices of coagulogram and clinical blood analysis practically do not change both in outpatients and inpatients. However, in the latter, abnormalities in the clinical blood count may reflect comorbidities. At the present stage, most patients are either fibrosis-free or have mild fibrosis.

Keywords: chronic hepatitis C, hepatitis C virus, clinical signs, laboratory tests, fibrosis

For citation: Tereshkin N. A., Makashova V. V., Ponezheva Zh. B., Omarova K. G. Modern features of the clinical course of chronic hepatitis C. *Lechaschi Vrach.* 2026; 1 (29): 81-87. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2026.29.1.012>

Conflict of interests. Not declared.

Около 71 млн человек во всем мире инфицированы вирусом гепатита С (ВГС), при этом после острого периода часто формируется хронический гепатит С (ХГС), который в дальнейшем трансформируется в цирроз печени (ЦП) и гепатоцеллюлярную карциному (ГЦК) [1, 2].

Основным местом репликации ВГС являются гепатоциты. При этом вирус не является гепатотоксичным: большая часть повреждений печени вызвана клеточно-опосредованной иммунной реакцией против инфицированных гепатоцитов. При ХГС в печени происходит избыточное развитие соединительной ткани. Однако у некоторых пациентов отмечается выраженный фиброз, а у других наблюдаются минимальные изменения в тканях печени даже при длительном инфициро-

вании ВГС. Причина такого несоответствия еще не выяснена. Аутоиммунитет и репликация ВГС в других тканях могут приводить к формированию внепеченочных проявлений ХГС [3, 4].

Таким образом, клинические проявления ХГС варьируют от субклинических и бессимптомных случаев, а также неспецифических проявлений нарушения функций печени до манифестации гепатита с внепеченочными проявлениями [4].

Целью данной работы было представить клинико-лабораторную характеристику современного течения ХГС у больных, которые наблюдались в амбулаторных и стационарных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работу включено 77 пациентов, которые находились под наблюдением в период с 2021 г. по 2024 г. в Научно-

консультативном клинико-диагностическом центре (НК КДЦ) при ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора и на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Инфекционная клиническая больница № 2 Департамента здравоохранения города Москвы». В работу также включено 100 условно здоровых человек, у которых отсутствовала патология печени, в качестве контрольной группы лабораторных показателей.

Критерии включения пациентов в работу:

1) подтвержденный диагноз ХГС — маркеры ВГС-инфекции, выявленные методом иммуноферментного анализа (ИФА, anti-HCV) и наличие РНК ВГС, определенной методом полимеразной цепной реакции;

2) отсутствие цирроза печени;

3) возраст от 18 до 75 лет;

4) отсутствие болезней печени другой этиологии;

5) отсутствие ВИЧ-инфекции;

6) отсутствие употребления пациентами психоактивных веществ за 6 месяцев до включения в исследование;

7) информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения:

1) возраст младше 18 лет и старше 75 лет;

2) наличие хронического вирусного гепатита другой и/или ЦП;

3) наличие ВИЧ-инфекции;

4) наличие туберкулеза;

5) злоупотребление наркотическими и психоактивными веществами в течение 6 месяцев до включения в исследование;

6) беременность;

7) отказ от участия в исследовании.

У всех пациентов осуществляли сбор жалоб и анамнеза (в том числе эпидемиологического), проводили общий осмотр и осмотр органов и систем. Также были изучены истории болезни и представленная медицинская документация. Всем включенным в работу выполнялось комплексное лабораторно-инструментальное обследование в соответствии со стандартом медицинской помощи взрослым, больным ХГС.

Пациентам также была выполнена фиброзэластометрия. Для этого использовали аппарат Fibrosan 502 Touch. Жесткость ткани печени измеряли в килопаскалях (кПа). Результат измерения представлен по стадиям фиброза (F) по шкале METAVIR в соответствии со следующими критериями: менее 7,1 кПа — F0-F1; 7,1-9,5 кПа — F2; 9,6-12,4 кПа — F3; $\geq 12,5$ кПа — F4.

Накопление и систематизацию медико-биологических данных больных осуществляли с использованием программы Microsoft Excel 2021. Статистический анализ проводили с использованием программы StatTech v. 4.7.2. Категориальные данные описывали с указанием абсолютных значений (n) и процентных долей. Количественные данные проверяли на предмет соответствия нормальному распределению посредством критерия Колмогорова — Смирнова (так как число пациентов превышало 50). Распределение количественных переменных отличалось от нормального, поэтому они описывались с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей [Q1-Q3]. Для сравнения двух групп по количественному показателю использовали U-критерий Манна — Уитни. Сравнение трех и более групп по количественному показателю выполняли с помощью критерия Краскела —

Уоллиса (т. к. распределение было отличным от нормального), апостериорные сравнения — с помощью критерия Данна с поправкой Холма. Сравнение процентных долей при анализе многопольных таблиц сопряженности выполняли с помощью критерия хи-квадрат Пирсона. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациенты были разделены на группы: в амбулаторных условиях наблюдали 44 (57,1%) и в стационарных — 33 (42,9%) человека.

Среди пациентов преобладали мужчины: 59,7% ($n = 46$). Женщин было 40,3% ($n = 31$). Среди амбулаторных больных мужчины и женщины встречались с одинаковой частотой 50,0% ($n = 22$). Мужчины преобладали среди стационарных больных — 72,7% ($n = 24$), доля женщин составила 27,3% ($n = 9$). Данные отличия среди групп пациентов были статистически значимыми ($p = 0,044$).

Распределение больных по возрастам: молодые (от 18 до 40 лет) составили 40,3% ($n = 31$), среднего возраста (от 41 до 60 лет) — 49,4% ($n = 38$), старшего (от 61 и старше) — 10,4% ($n = 8$). Медиана возраста составила 44 [37; 54] года. По возрасту амбулаторные и стационарные пациенты статистически значимо не отличались.

Анализ распределения пациентов по уровню вирусной нагрузки (ВН): низкая ВН (до 10^3 - 10^4 МЕ/мл) определялась у 12,0% больных, умеренная (10^5 - 10^6 МЕ/мл) — у 72,0%, высокая (10^7 - 10^8 МЕ/мл) — у 16,0%. Медиана ВН составила 471 500 [60 500; 1 622 500] МЕ/мл. ВН в группах пациентов (амбулаторных и стационарных) статистически значимо не отличалась.

Пациенты с генотипом 1 ВГС составили 48,6%, с генотипом 2 — 8,1%, с генотипом 3 — 35,1%. Двойной генотип (2k/1b; 1b/3a) был определен у 8,1% пациентов. Распределение частоты встречаемости генотипов у амбулаторных и стационарных больных не было статистически значимым.

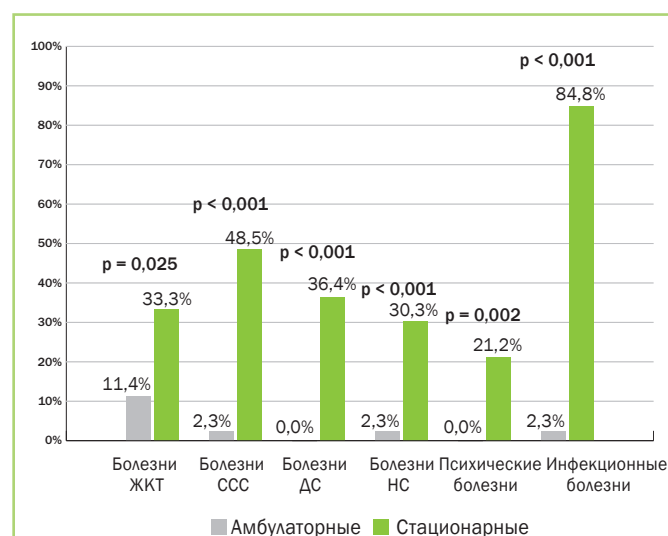


Рис. 1. Частота встречаемости сопутствующей патологии у амбулаторных и стационарных пациентов с ХГС [предоставлено авторами] / Frequency of comorbidities in outpatients and inpatients with chronic hepatitis C [provided by the authors]

Таблица 1. Структура жалоб и данных объективного осмотра амбулаторных и стационарных пациентов с ХГС [таблица составлена авторами] / Structure of complaints and objective examination data of outpatients and inpatients with chronic hepatitis C [table compiled by the authors]

Жалобы	Амбулаторные пациенты (А)		Стационарные пациенты (С)		р-значение (А-С)
	п	Доля (%)	п	Доля (%)	
Жалоб нет	22	50,0%	0	0,0%	< 0,001
Слабость, утомляемость	5	11,36%	27	81,82%	< 0,001
Головная боль	2	4,55%	7	21,21%	0,033
Боль в суставах	0	0%	4	12,12%	0,030
Боль в животе	1	2,27%	7	21,21%	0,018
Снижение аппетита	2	4,55%	15	45,45%	< 0,001
Тошнота, рвота	2	4,55%	9	27,27%	0,007
Желтуха	0	0%	2	6,06%	0,180
Изменения стула	1	2,27%	14	42,42%	< 0,001
Изменения мочи	0	0%	3	9,09%	0,075
Наличие отеков	0	0%	8	24,24%	< 0,001
Нарушения сна	1	2,27%	11	33,33%	< 0,001
Пальмарная эритема	6	13,64%	0	0%	0,034
Телеангиоэктазии	5	11,36%	0	0%	0,067
Увеличение печени	4	9,09%	5	15,15%	0,486
Увеличение селезенки	2	4,55%	0	0%	0,504

Сопутствующие болезни были выявлены у 27,3% (n = 12) амбулаторных и 93,9% (n = 31) стационарных больных (p < 0,001). На рис. 1 показано, что у стационарных пациентов статистически значимо чаще по сравнению с амбулаторными выявлялась сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем, а также психические и инфекционные заболевания (за исключением ХГС).

Структура жалоб и данных объективного осмотра амбулаторных и стационарных пациентов представлена в табл. 1.

В табл. 1 показано, что у амбулаторных пациентов статистически достоверно чаще отсутствовали жалобы, а у стационарных больных статистически значимо с большей частотой встречались следующие жалобы и синдромы: слабость, утомляемость, головная боль, боль в суставах, боль в животе,

снижение аппетита, тошнота, рвота, изменения стула, наличие отеков, нарушения сна.

Было выполнено сравнение показателей биохимического анализа крови у амбулаторных и стационарных пациентов, а также их сопоставление с показателями ста условно здоровых людей (табл. 2).

Больные были распределены по уровню аланинаминотрансферазы (АЛТ) на 3 группы (рис. 2): с нормальным значением; с увеличением показателя до пяти норм (умеренные значения); с увеличением выше пяти норм (высокие значения).

У стационарных пациентов были нормальные показатели АЛТ более чем в половине случаев. Напротив, больше чем у половины амбулаторных больных отмечали умеренное повышение АЛТ до пяти границ норм. У амбулаторных больных чаще наблюдали тенденцию к умеренному повышению гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ) до пяти границ норм,

Таблица 2. Биохимические показатели у амбулаторных и стационарных пациентов с ХГС [таблица составлена авторами] / Biochemical parameters in outpatients and inpatients with chronic hepatitis C [table compiled by the authors]

Показатели, Ме [IQR]	Показатели здоровых лиц, n = 100 (Н)	Группа пациентов		р-значение (А-С)	р-значение (Н-А)	р-значение (Н-С)
		Амбулаторная n = 44 (А)	Стационарная n = 33 (С)			
АЛТ, ЕД/л	29,25 [22; 38]	53 [39,4; 115,15]	31,85 [17,73; 50,58]	0,003	< 0,001	0,469
Аспаратаминотрансфераза, ЕД/л	35 [26,06; 42]	47 [24,2; 93,42]	30,4 [24,9; 62,8]	0,342	0,020	0,758
Билирубин общий, мкмоль/л	11 [5,22; 16]	12,6 [10,07; 23,02]	8 [6,05; 11,55]	0,001	0,026	0,259
Билирубин прямой, мкмоль/л	3,54 [1,91; 5,25]	5,9 [3,90; 8,30]	1,6 [1,3; 3,6]	< 0,001	0,004	0,009
ГГТ, ЕД/л	36,58 [29; 44,92]	47,85 [32,75; 76,85]	54,3 [32,4; 71,2]	0,880	0,008	0,001
Общий белок, г/л	70,25 [63,85; 79,69]	73,03 [69,94; 80,17]	64,1 [58,85; 69,85]	< 0,001	0,181	0,003
Альбумин, г/л	46,95 [41,79; 53,84]	41,75 [37,39; 43,16]	33,8 [31,25; 36,9]	0,007	0,003	< 0,001

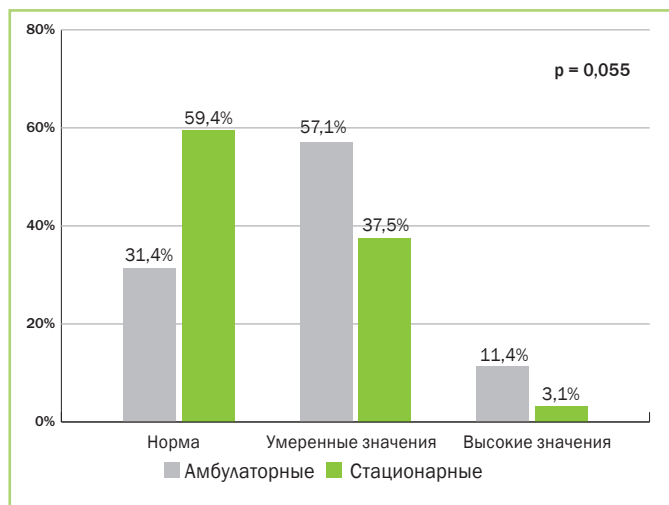


Рис. 2. **Распределение амбулаторных и стационарных пациентов с ХГС по уровню АЛТ в зависимости от активности фермента [предоставлено авторами]** / Distribution of outpatients and inpatients with chronic hepatitis C by ALT level depending on enzyme activity [provided by the authors]

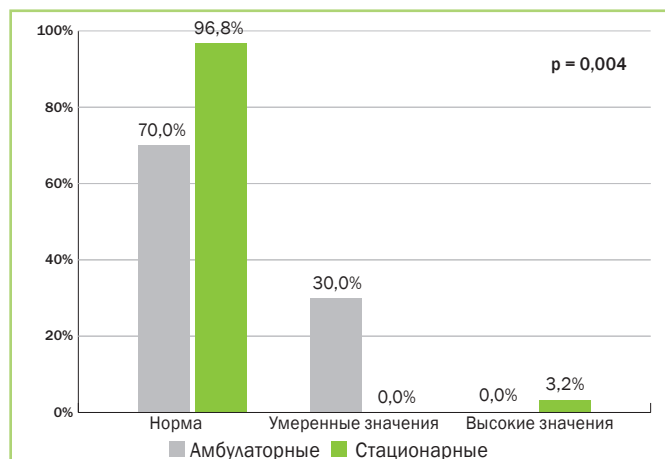


Рис. 3. **Распределение амбулаторных и стационарных пациентов с ХГС по уровню общего билирубина в зависимости от активности показателя [предоставлено авторами]** / Distribution of outpatients and inpatients with chronic hepatitis C by the level of total bilirubin depending on the activity index [provided by the authors]

а среди стационарных – нормальные значения ГГТ ($p = 0,460$). Аналогично пациенты были распределены по уровню общего билирубина (рис. 3).

На рис. 3 показано, что как среди амбулаторных, так и среди стационарных больных преобладали нормальные показатели общего билирубина.

У пациентов с ХГС были проанализированы показатели коагулограммы: протромбиновый индекс, международное нормализованное отношение (МНО) и концентрация фибриногена. Также проведено сравнение показателей свертывающей системы крови с показателями ста условно здоровых участников без патологии печени. Оказалось, что параметры коагулограммы значимо не отличались у здоровых людей, амбулаторных и стационарных пациентов, хотя у последних уровни протромбина, фибриногена и МНО статистически значимо отличались, но в пределах референсных значений.

Были проанализированы показатели клинического анализа крови у амбулаторных и стационарных пациентов, а также у здоровых участников. Получены статистически значимые различия для показателя лейкоцитов, а наибольшие их значения выявлены у стационарных больных, что скорее всего связано с наличием у них сопутствующей патологии и не отражает течения хронического гепатита. При этом все показатели клинического анализа крови в трех сравниваемых группах колебались в пределах нормальных значений. Распределение пациентов по стадиям фиброза печени представлено на рис. 4.

При анализе этого распределения (рис. 4) видно, что 71,0% участников исследования имели фиброз стадии F0-F1. Распределение амбулаторных и стационарных пациентов по стадиям фиброза не было статистически значимым.

ОБСУЖДЕНИЕ

В нашем исследовании показано, что среди пациентов с ХГС большую часть составили мужчины и пациенты

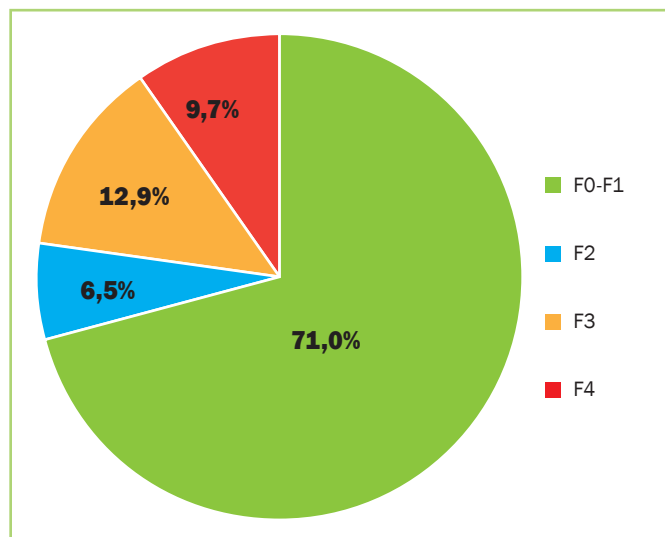


Рис. 4. **Распределение пациентов с ХГС по стадиям фиброза [предоставлено авторами]** / Distribution of patients with chronic hepatitis C by fibrosis stage [provided by the authors]

среднего возраста (медиана – 44 года), при этом среди стационарных больных также преобладали мужчины, а среди амбулаторных распределение по полу было равным. В работе С. Д. Кузнецова с соавт. (2014 г.) чаще регистрировали молодой возраст (до 40 лет), а соотношение полов было примерно равным [5]. Похожие данные демонстрирует работа Magri с соавт. (2025) [6], где соотношение полов было примерно равным, но при этом медиана возраста составила 62 года. Однако необходимо учитывать, что в эту работу дополнительно включались пациенты с компенсированным ЦП и больные с ВИЧ-инфекцией. При этом 93% включенных в это исследование были итальянцами.

В работе Ryerson и соавт. (2020 г.) [7] указано, что среди пациентов с впервые выявленным ХГС преобладали мужчины (63,1%). Распределение по возрасту было бимодальным среди обоих полов: наибольшая доля всех новых зарегистрированных случаев была среди пациентов в возрасте 20-39 и 50-69 лет. Данная работа выполнена в США. Можно предположить, что половозрастное распределение пациентов зависит от исследуемой популяции.

Анализ распределения больных ХГС по генотипам показал, что чаще выявляется 1-й генотип ВГС. Наши данные согласуются с общемировыми тенденциями, которые свидетельствуют о преобладании генотипа 1 (около 46%). Однако в некоторых работах, например, О. Н. Сумлиной и соавт. (2021 г.), чаще регистрировали генотип 3 ВГС. [8]. По последним данным Х. Рап с соавт. (2025 г.) [9], доля генотипа 3 увеличивается с каждым годом, что необходимо учитывать в практической деятельности, поскольку этот генотип связан с более низкой скоростью достижения устойчивого вирусологического ответа, более высоким риском прогрессирования фиброза печени и развитием ГЦК.

По нашим данным, преобладали больные с умеренной вирусной нагрузкой, которая статистически значимо не различалась у амбулаторных и стационарных пациентов.

У стационарных пациентов сопутствующая патология выявлялась статистически достоверно чаще (почти в 2,5 раза), чем у амбулаторных пациентов. Высокая частота встречаемости сопутствующей патологии (75,5%) выявлена и в работе С. Д. Кузнецова с соавт. (2014 г.) [5], однако в этом исследовании были только амбулаторные пациенты. Высокая выявляемость инфекционной патологии у стационарных пациентов в нашей работе связана с тем, что они находились на лечении в отделениях инфекционной больницы по поводу различных заболеваний (рожа, внебольничная пневмония, острые кишечные инфекции и т. п.), а ХГС был случайной находкой при обследовании. Высокую частоту выявляемости сопутствующих болезней (в т. ч. инфекционных) необходимо учитывать при анализе клинических и лабораторных данных больных этой группы.

У амбулаторных пациентов статистически значимо чаще отсутствовали жалобы. Таким образом, поводом к обращению к врачу у них было только обнаружение anti-HCV (например, при подготовке к диагностическим манипуляциям, в рамках прегравидарной подготовки, при диспансеризации и др.), а сам хронический гепатит протекал бессимптомно. Малосимптомное течение ХГС, выявленное в нашей работе, согласуется с данными работы С. Д. Кузнецова и соавт. [5], а также с результатами других авторов [10, 11].

Значения биохимических параметров в обеих группах незначительно отличались от показателей здоровых участников, что указывает на слабую или умеренную выраженность цитолитического и холестатического синдромов как у амбулаторных, так и у стационарных пациентов. У стационарных больных более чем в 50% случаев регистрировали нормальные показатели АЛТ. Напротив, больше половины амбулаторных пациентов имели умеренное повышение активности АЛТ. Также у амбулаторных больных чаще определяли умеренное повышение ГГТ, а у стационарных — нормальные значения. Такое распределение показателей АЛТ и ГГТ, вероятно, может быть связано с тем, что в стационаре выявление ХГС было

случайной находкой, а амбулаторные пациенты целенаправленно обращались за медицинской помощью для получения противовирусной терапии. Как среди амбулаторных, так и среди стационарных больных преобладали нормальные показатели общего билирубина. Хотя в более ранних работах не анализируются клинико-лабораторные данные в зависимости от пребывания больных в стационаре, в них тоже отмечается преобладание нормальных показателей ферментов и билирубина или их умеренное повышение (до 3-5 границ норм), что соответствует нашим данным [5, 8, 11].

При анализе показателей коагулограммы установлено, что при ХГС параметры коагулограммы значимо не отличались от таковых у здоровых участников, амбулаторных и стационарных пациентов. Полученные статистически значимые различия для показателей клинического анализа крови с наибольшей вероятностью связаны с наличием сопутствующей патологии (преимущественно инфекционного характера) у стационарных пациентов и не отражают течения хронического гепатита.

В большинстве случаев (75%) у пациентов регистрировали фиброз стадии F0-F1, т. е. фиброз либо отсутствовал, либо имел слабовыраженный, очаговый характер. Это объясняет тот факт, что многие пациенты не предъявляют жалоб и не имеют отклонений в лабораторных анализах, так как функция печени на этой стадии фиброза страдает незначительно. Наши данные согласуются с результатами других исследований [5, 8].

Учитывая вышеизложенное, можно сделать следующие выводы:

1. У стационарных пациентов чаще выявляется различная сопутствующая патология, которая может маскировать клиническую картину ХГС и влиять на лабораторные показатели в этой группе пациентов.

2. У амбулаторных больных в половине случаев ХГС протекает бессимптомно и чаще наблюдается умеренное повышение печеночных ферментов, в то время как у стационарных больных эти показатели обычно находятся в пределах нормальных значений.

3. Показатели коагулограммы и клинического анализа крови практически не меняются как у амбулаторных, так и у стационарных пациентов.

4. На современном этапе большинство пациентов с ХГС либо не имеют фиброза, либо он носит слабовыраженный характер, что находит отражение в отсутствии жалоб у пациентов. **ЛВ**

Соответствие нормам этики: у всех пациентов получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

All patients obtained voluntary informed consent to participate in the study.

Вклад авторов:

Концепция статьи — Макашова В. В.

Концепция и дизайн исследования — Макашова В. В., Понежева Ж. Б., Терешкин Н. А.

Написание текста — Терешкин Н. А., Макашова В. В.

Сбор и обработка материала — Макашова В. В., Омарова Х. Г., Понежева Ж. Б., Терешкин Н. А.

Анализ материала — Терешкин Н. А.

Редактирование — Макашова В. В., Понежева Ж. Б., Омарова Х. Г.

Утверждение окончательного варианта статьи — Макашова В. В., Понезжева Ж. Б., Омарова Х. Г.

Contribution of authors:

Concept of the article — Makashova V. V.

Study concept and design — Makashova V. V., Ponezhova Zh. B., Tereshkin N. A.

Text development — Tereshkin N. A., Makashova V. V.

Collection and processing of material — Makashova V. V., Omarova H. G., Ponezhova Zh. B., Tereshkin N. A.

Material analysis — Tereshkin N. A.

Editing — Makashova V. V., Ponezhova Zh. B., Omarova H. G.

Approval of the final version of the article — Makashova V. V., Ponezhova Zh. B., Omarova H. G.

Литература/References

1. Bagheri S., Fard G. B., Talkhi N., et al. Laboratory Biochemical and Hematological Parameters: Early Predictive Biomarkers for Diagnosing Hepatitis C Virus Infection. *Journal of clinical laboratory analysis*. 2024; 38 (24): e25127. DOI: <https://doi.org/10.1002/jcla.25127>.
2. European Association for the Study of the Liver. EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series. *Journal of hepatology*. 2020; 73 (5): 1170-1218. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2020.08.018>.
3. Sallam M., Khalil R. Contemporary Insights into Hepatitis C Virus: A Comprehensive Review. *Microorganisms*. 2024; 12 (6): 1035. DOI: <https://doi.org/10.3390/microorganisms12061035>.
4. Kuna L., Jakab J., Smolic R., et al. HCV Extrahepatic Manifestations. *Journal of clinical and translational hepatology*. 2019; 7 (2): 172-182. DOI: <https://doi.org/10.14218/JCTH.2018.00049>.
5. Макашова В. В., Кузнецов С. Д., Флоряну А. И. и др. Клинико-лабораторные особенности естественного течения хронического гепатита С. Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2014; 2: 88-92. Makashova V. V., Kuznetsov S. D., Floryanu A. I., et al. The clinical and laboratory features of the natural course of chronic hepatitis C. *Epidemiologiya i infektsionnye bolezni. Aktualnye voprosy*. 2014; 2: 88-92. (In Russ.)
6. Magri A., Manfredi G. F., Smirne C., et al. Impact of Age and Sex on Viral Load in Hepatitis C Virus Infection. *Viruses*. 2025; 17 (1): 21. DOI: <https://doi.org/10.3390/v17010021>.
7. Ryerson A. B., Schillie S., Barker L., et al. Vital Signs: Newly Reported Acute and Chronic Hepatitis C Cases — United States, 2009-2018. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*. 2020; 69 (14): 399-404. DOI: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6914a2>.
8. Сумливая О. Н., Невзорова М. С., Сайфитова А. Т. и др. Современные клинико-лабораторные аспекты хронического гепатита С. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021; (7): 37-42. DOI: <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-191-7-37-42>. Sumlivaia O. N., Nevzorova M. S., Sayfitova A. T., et al. Modern clinical laboratory aspects of chronic hepatitis C. *Ekspierimentalnaya i klinicheskaya gastroenterologiya*. 2021 (7): 37-42. DOI: <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-191-7-37-42>. (In Russ.)
9. Ran X., Xu Y., Wang Y., et al. Genotype 3 is linked to worse liver disease progression in hepatitis C patients even after SVR following DAA therapy. *Frontiers in cellular and infection microbiology*. 2025; 15: 1510939. DOI: <https://doi.org/10.3389/fcimb.2025.1510939>.
10. Лioзнов Д. А., Дунаева Н. В., Чунг Н. Х. и др. Хронический гепатит С: современное состояние проблемы. *Нефрология*. 2019; 23 (4): 36-46. <https://doi.org/10.24884/1561-6274-2019-23-4-36-46>. Lioznov D. A., Dunaeva N. V., Chung N. H., et al. Chronic hepatitis C: modern condition of the problem. *Nefrologiya*. 2019; 23 (4): 36-46. DOI: <https://doi.org/10.24884/1561-6274-2019-23-4-36-46>. (In Russ.)
11. Билалова А. Р., Макашова В. В. Клинико-лабораторная характеристика хронических гепатитов и циррозов печени различной этиологии. *Архивъ внутренней медицины*. 2015; (2): 8-14. <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2015-0-2-8-14>. Bilalova A. R., Makashova V. V. Clinical and laboratory characteristics of chronic hepatitis and liver cirrhosis of various etiologies. *Arkhiv vnutrennei meditsiny*. 2015; (2): 8-14. DOI: <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2015-0-2-8-14>. (In Russ.)

Сведения об авторах:

Терешкин Никита Андреевич, аспирант, Федеральное бюджетное учреждение науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; Россия, 111123, Москва, ул. Новогиреевская, 3а; nteryoshkin@gmail.com

Макашова Вера Васильевна, д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник клинического отдела инфекционной патологии, Федеральное бюджетное учреждение науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; Россия, 111123, Москва, ул. Новогиреевская, 3а; veramakashova@yandex.ru

Понезжева Жанна Бетовна, д.м.н., заведующая клиническим отделом инфекционной патологии, Федеральное бюджетное учреждение науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; Россия, 111123, Москва, ул. Новогиреевская, 3а; doktorim@mail.ru

Омарова Хадиджат Гаджиевна, к.м.н., руководитель отдела клинических исследований, Федеральное бюджетное учреждение науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; Россия, 111123, Москва, ул. Новогиреевская, 3а; omarova71@inbox.ru

Information about the authors:

Nikita A. Tereshkin, PhD student, Federal Budgetary Institution of Science Central Research Institute of Epidemiology for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Well-Being; 3a Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russia; nteryoshkin@gmail.com

Vera V. Makashova, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Leading Researcher of the Clinical Department of infectious pathology, Federal Budgetary Institution of Science Central Research Institute of Epidemiology for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Well-Being; 3a Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russia; veramakashova@yandex.ru

Zhanna B. Ponezhova, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Clinical Department of Infectious Pathology, Federal Budgetary Institution of Science Central Research Institute of Epidemiology for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Well-Being; 3a Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russia; doktorim@mail.ru

Khadizhat G. Omarova, Cand. of Sci. (Med.), Hhead of the Department of clinical research, Federal Budgetary Institution of Science Central Research Institute of Epidemiology for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Well-Being; 3a Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russia; omarova71@inbox.ru

Поступила/Received 06.10.2025

Поступила после рецензирования/Revised 21.10.2025

Принята в печать/Accepted 23.10.2025